

害3例, 社会恐怖1例, 全般性不安障害1例, 統合失調症1例で, 複数の診断名がついている症例があったが, いずれも発達障害の可能性を指摘されたことはなく, 高機能広汎性発達障害に関しては未診断の状態であった。実に, 25名中19名(76%)に何らかの子ども虐待が認められた。内訳は身体的虐待2名, 身体的・心理的虐待8名, 心理的虐待6名, ネグレクト3名であった。身体的虐待, 心理的虐待では子どもへの対応の過程で, 母親自身がパニックとなり, 子どもに対する過度の体罰, 暴言に至るというパターンが多くみられた。心理的虐待の中には, 子どもの解離症状をてんかんと認識して, 複数の病院を巻き込んで大騒ぎを起こし, 代理ミュンヒハウゼンを疑われた症例や, また, 子どもが学校で生じるトラブルによって自らの学校時代の辛い記憶が蘇って来るので収拾がつかなくなり, 「おまえのせいで, 自分がこんなに辛くなってしまう」と子どもを虐待してしまうという深刻な例があった。ネグレクトでは母親がビールを片手にパソコンのチャットに熱中し, 家事を放棄, 食事の支度も満足にできないという症例が見られた。

治療は全例に子どもへの定期的な発達評価, 親への療育指導, 保護者向け学習会への導入など通常の高機能広汎性発達障害への対応を行った(親ガイダンス)。さらに必要に応じて表に示したような治療的介入を行った。入院治療を行った症例の中には, 子どもの側の行動障害が強いことに加え母親の対応能力の問題が掛け算になって処遇困難ケースとなり, 放置すれば重大な事件に発展した可能性があった症例が少なからず認められた。

母子平行の包括的な治療によって虐待が見られた19症例中, 17例(89%)において改善が認められた。改善がみられないものは心理的虐待の1例, ネグレクトの1例であった。また受診の主

訴となった子どもの問題については, 21症例で改善, 4症例が不変であった。

研究の詳細に関しては, 浅井らの論文(in press)を参照いただきたいが, この治療実践を振り返って改めて実感されるのは, 精神医学における診断学体系の見直しが必要ではないかという問題である。これまで成人を対象とした精神医学において発達障害の存在は念頭になく, 幼児期の発達経過を丹念に辿る習慣を持っていないため, 多くの見逃しが存在している可能性がある。特に人格障害と診断された患者については発達障害という視点から見直すことが必要と考えられる。

## V. 生物学的な研究におけるトピックス

われわれは森(則夫), 中村(和彦)ら浜松医科大学精神神経医学教室を中心とした自閉症に関する生物学的なリサーチの共同研究を行ってきた。この研究には, これまで辻井と共にアスペルgerの会の活動(辻井, 2004)をとおして発達を見守ってきた高機能青年に協力を依頼した。就労に成功し社会的な機能には全く問題がない, しかも服薬を行っていない成人年齢に達した高機能者に対し, われわれは共同で一連の臨床的, 生物学的な調査を行った。その結果, 浜松医科大学にある浜松フォトリクス製の高精度ポジトロンエミッション断層装置(PET)による脳機能的画像研究によって, 画期的と考えられる結果が示された。上記の社会的な機能には問題のない高機能広汎性発達障害青年12名(すべて男性: 平均年齢 $22.2 \pm 2.1$ 歳)と, 健常対照群12名(すべて男性: 平均年齢 $21.9 \pm 1.8$ 歳)において, セロトニン・トランスポーターへの選択性が高い[11C] (+) McN5652を用いてセロトニン・トランスポーターの密度を測定したところ, 大脳皮質全般, 基底核, 中脳, 小脳にわたる広範囲のセロトニン・トランスポーターの有

意な低下が示された。さらにそれだけでなく、ドーパミン・トランスポーターに選択性の高いトレーサー [11C] WIN35, 428 を用いた測定で、ドーパミン・トランスポーターの著しい亢進が示されたのである(森, 2005)。従来から、自閉症の問題の中心にセロトニンの代謝障害があるのではないかという見解は示されていた。また一方、われわれが行った臨床のサイドの研究からは、高機能広汎性発達障害におけるうつ病の併存率の高さが示された(並木ら, 2005)。このうつ病の併発率の高さも森らの研究に示された生物学的な問題を背景にしているのであろう。恐らくドーパミン・トランスポーターの亢進は代償性に生じたものではないかと考えられる。またこのことを考慮してみると、広汎性発達障害の臨床において、比較的少量のSSRIおよびごく少量の非定型抗精神病薬がしばしば問題行動に有効であることは、頷けることである。この一連の研究成果に関しては、現在詳細な報告の準備が進められている所である。

この結果には深い感慨を禁じ得ない。繰り返すが彼らは社会的な適応には全く問題がない青年である。就労を果たし、しかも服薬を行っていないこの青年らは自分の買った自動車ですら仕事に通う者も少なくないなど、ほぼ健常者と同じ生活をしており、また多彩な趣味を楽しんでいる。このグループにおいてすら機能的には明らかかな生物学的な所見が認められたのである。この事実は、これだけの生物学的な所見があるということよりも、むしろ生物学的なハンディキャップの存在が明確にあったとしても、幼児期からの継続的な治療教育によって、その克服が可能であるというところに大きな意義がある。彼らの多くは筆者自身が幼児期から学童期に診断を行い、継続的なフォローアップを行い、さらに辻井と主催してきたエルデ・アスペの会の活動をとおして、ご家族と共にその発達

を見守り続けてきた青年である。彼ら自身が、発達精神病理学に基づく医療における治療と、学校教育における治療的教育によって発達障害の子ども達の育ちを支えることが可能であることを示す、何よりも証人であろう。

## VI. おわりに：発達を どのように支えるか

自閉症に限らず発達障害の治療は治療的教育であり、医療サイドの役割は、治療教育をいかに円滑に進めるかという側面援助に尽きるといって良い。しかし自閉症臨床において、今日大きな問題になっているのは、多くの患者に対してごく少数の専門家しか存在しないため、専門家が長期の新患の待機リストを抱えていることである。この問題に関しては本年度になってやっと厚生労働省に対策を検討する委員会が立ち上がったが、人材育成という課題は短期では成果が期待できないため、即効性のある対策は困難が多い。しかし選別というのではなく、なるべく早期に高リスク児への予防的な介入を行うことが、とりわけしつけの問題という誤解から生じる虐待的、迫害的体験を改善することになると考えられ、診断と継続的な医療サイドの治療が可能で専門家の層を厚くすることは、わが国にとって焦眉の課題であろう。また既存の乳幼児健診において、高リスク児をいかに的確に把握するのかという問題も大きなテーマである。発達障害と虐待とは、不可分に絡み合う。特に自閉症のような、体験世界が幾らか異なっているグループにおいては、その精神病理を無視した対応は、教育においても虐待的になりかねない。

わが国において、特に教育の世界でTEACCHプログラムは有名になったが、あまりにもハウツーにのみ捕らわれ、その内的世界を十分に考慮しているとは言い難いことに強い懸念を覚え

ざるを得ない。内的な体験を知りつつ、そのうえで発達に関わることこそ、自閉症臨床におけるこころの臨床の基本である。

## 文 献

- 浅井朋子, 杉山登志郎, 小石誠二, 他 (in press) : 高機能機能広汎性発達障害の母子例への対応. 小児の精神と神経
- Baron-Cohen S (1988) : An assessment of violence in a young man with Asperger's syndrome. *J Child Psychol Psychiatry* 29 (3) : 351-360
- Caspi A, McClay J, Moffitt TE et al (2002) : Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297 (5582) : 851-854
- Grandin T (2000) : 自閉症の体験世界. 発達障害研究 21 (4) : 279-283
- Howlin P (1997) : *Autism ; Preparing for adulthood.* Routledge, London
- 笠原 嘉 (1987) : 精神病理学の役割. 臨床精神病理 8 : 195-230
- Marcus, G (2004) : *The birth of the mind.* Basic Books, Cambridge. (大隈典子訳 (2005) : 心を生みだす遺伝子. 岩波書店)
- Mawson DC, Grounds A, Tantom D (1985) : Violence and Asperger's syndrome: A case study. *British Journal of Psychiatry* 147 : 566-569
- 森 則夫 (2005) : 厚生労働省科学研究費 (こころの健康科学研究事業) H16年度報告書, アスペルガー症候群の成因とその教育・療育的対応に関する研究.
- 森下 一 (2000) : 不登校児が教えてくれたもの. グラフ社
- 中井久夫 (1974) : 精神分裂病者への精神療法的接近. 臨床精神医学 3 (10) : 1025-1034
- 並木典子, 明翫光宣, 杉山登志郎 (2005) : 高機能広汎性発達障害にみられる感情障害に関する臨床的研究. 第93回日本小児精神神経学会, 東京
- 成田善弘 (1994) : 強迫症の臨床研究. 金剛出版
- Putnum FW (2003) : Ten-year research update review: child sexual abuse. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 42 (3) : 269-278
- Sacks O (1995) : *An anthropologist on Mars.* Alfred A. Knopf, New York (吉田利子訳 (1997) : 火星の人類学者. 早川書房, 東京)
- 杉山登志郎 (1994) : 自閉症に見られる特異な記憶想起現象; 自閉症のtime slip現象. 精神神経学雑誌 96 (4) : 281-297
- 杉山登志郎 (2000) : 自閉症の体験世界 - 高機能自閉症の臨床研究から. 小児の精神と神経 40 (2) : 88-100
- 杉山登志郎 (2002) : 21世紀の特殊教育の課題: 異文化としての自閉症との共生. 自閉症スペクトラム研究 1 : 1-9
- 杉山登志郎 (2003) : 自閉症をどう捉えるか: 高機能広汎性発達障害にみられる行為障害と犯罪. そだちの科学 1 : 42-46
- 杉山登志郎, 海野千畝子, 浅井朋子 (2003) : 高機能広汎性発達障害にみられる解離性障害の臨床的検討. 小児の精神と神経, 日本小児精神神経学会 43 (2) : 113-120
- 辻井正次 (2004) : 広汎性発達障害の子どもたち - 高機能自閉症・アスペルガー症候群を知るために. プレーン出版
- Williams D (1992) : *Nobody nowhere.* Transworld Publishers Ltd., London. (河野万理子 (訳) (1993) 自閉症だった私へ. 新潮社, 東京)
- Williams D (1996) : *Autism : an inside-out approach.* Jessica Kingsley Publishers, London

\*

\*

\*

## 高機能広汎性発達障害の母子例への対応

浅井 朋子\* 杉山 登志郎\* 小石 誠二\*  
東 誠\* 遠藤 太郎\* 大河内 修\*  
海野 千畝子\* 並木 典子\* 河邊 真千子\*  
服部 麻子\*

---

**Key words** : Asperger障害, 虐待, 成人, 人格障害, 広汎性発達障害

---

---

**要旨** : [目的]高機能広汎性発達障害(以下HFPDDと略す)の難治例の中に、母子ともにHFPDDと診断できる症例が存在し、このような場合、積極的に母親の診断を行い、治療的な対応を組むことで治療の大きな進展が得られることがわかった。そこで母子症例の臨床的特徴と治療的介入について検討を行った。[対象・方法]平成13年11月から平成16年6月までにあいち小児保健医療総合センターを受診した25組のHFPDDの母子症例について診療録による後方視的検討を行った。[結果・考察]母子症例では子どもに激しい行動障害や不登校、うつ病など2次障害を来したものが多く、全体の76%に子ども虐待が認められた。子どもの入院治療や母親への薬物療法、現実的な適応を改善させる認知行動療法的なアプローチなどの包括的な母子平行治療を行い、虐待に関しては89%に、子どもの問題行動に関しては84%に著しい改善が得られた。

---

### I. はじめに

高機能広汎性発達障害と診断される青少年による重大犯罪は、神戸の連続殺人事件以来、すでに10件を越え、大きな社会問題になりつつある。われわれは継続して高機能広汎性発達障害の不適応を増悪させる要因に関して検討を行ってきた(杉山, 2003)。その中で浮上した一つのテーマが母子ともに高機能広汎性発達障害という事例の問題である。このグループにおいて、

強い遺伝的負因が認められることは従来から知られていた。しかし男性が女性より圧倒的に多いということもあって、これまで強調をされてきたのは主として父親と息子というパターンであった。あいち小児保健医療総合センターは2002年5月に、心療系の病棟が開設され、さまざまな児童の入院治療が開始された。その中で、特に子ども虐待が絡み入院治療を必要とするに至った高機能広汎性発達障害の症例において、父親と子どもという組み合わせではなく、

---

Tomoko ASAI et al : A Clinical Study of Twenty Five Cases of Mothers and Their Children with High Functioning Pervasive Developmental Disorder

\*あいち小児保健医療総合センター [〒474-0031 大府市森岡町尾坂田1-2]

母親と子どもという組み合わせが少なからず存在し、それらが例外なく難治例であることに気付いた。翻ってみれば、重大事件に至った高機能広汎性発達障害の事例において、しばしばこのような組み合わせが認められていた。

発達障害の臨床家であれば誰しも、高機能広汎性発達障害児の治療、フォローアップに際して母親への対応に苦慮する事例があることは経験しているであろう。このような事例についてこれまでは、高機能広汎性発達障害を育てる上での困難によって二次的に生じた母親の側のストレス性の反応(Fisman et al, 2000)と周囲の無理解によって悪循環が生じたものと見なされてきた。しかしながら母親にも同質の社会性の問題が潜んでいることを想定し、それに沿った対応を組むことで著しい進展がみられることにわれわれは気づき、積極的に親の側の診断を行い、必要に応じて親のカルテを作成し、薬物治療を含む母子の平行治療を行うに至った。そうして平行治療を積極的に行ってみると、高機能広汎性発達障害の母子例は稀ではなく、母親自身の発達障害的な要因を考慮することがむしろ有効な治療に繋がる鍵となっていた。

本研究では、われわれが経験した母子事例について臨床的な検討を試み、治療的介入のあり方について検討を行った。

## II. 対象と方法

対象は平成13年11月から平成16年6月までにあいち小児保健医療総合センターを受診した高機能広汎性発達障害児745名のうち、母親も高機能広汎性発達障害の診断が可能であった25例である。子どもは男児19名、女児6名である。初診時年齢は最年少3歳、最年長13歳(平均7.9歳±2.9歳)、下位診断は自閉性障害4名、Asperger障害14名、特定不能の広汎性発達障害(pervasive developmental disorder not otherwise

specified; PDDNOS) 7名であった。母親の下位診断については、14名については祖母などから幼児期の情報が得られた。25名中9名はAsperger障害と診断し、16名についてはPDDNOSと診断したが、PDDNOSの中には幼児期の情報が得られなかった者が含まれている。これらの25症例について、臨床的検討を行った。

## III. 結果

### 1. 子どもの状況

子どものプロフィールを表1に示す。初診時にすでに他の医療機関で高機能広汎性発達障害の診断を受けていた者は6例(24%)のみで、他は未診断であった。受診時の主訴としては、強度のこだわり、頻回のパニック、暴力、暴言などの行動障害が激しいもの(症例9, 10, 11, 12, 17, 18)、遺尿、不登校、うつ状態など二次障害を来したものの(症例16, 21, 22, 24, 25)、言葉の遅れなど発達の問題があるもの(症例2, 3)、多動、偏食、集団行動がとれない、不器用さ(症例1, 4, 8, 5)などが認められた。症例の中には症例19のように、母親から子どもへの虐待を主訴として受診した者も見られた。この子どもの側の状況は一般的な高機能広汎性発達障害の児童に比較したとき、問題行動のレベルにしても、二次的問題にしても重症の者の割合が多いことが大きな特徴である。これに関連して受診経路を見ると、25例中16例(64%)が紹介をされての受診であり、そのうち13例において母親の対応能力の問題が主たる紹介理由となっていた。同胞数は一人っ子が15名と全体の60%を占めていた。

### 2. 母親の状況

母親のプロフィールを表2に示す。母親の診断は、いずれも当科においてなされたものであり、子どもの問題で受診した際に、母親自身の問題が明らかになったものである。診断の時期は受診当初のものが16例で、そのうち7例は子

表1 対象の一覧(子どもの状況)

症例	性別	年齢	主訴	診断名
1	男	3	偏食・多動・同年代の子どもと遊べない	PDDNOS
2	男	3	集団行動がとれない・言葉の遅れ	PDDNOS
3	男	4	多動・言葉の遅れ	Asperger障害
4	男	5	多動・言うことをきかない	Asperger障害
5	男	5	声が甲高い・不器用	高機能自閉症
6	男	6	多動・てんかんもあり心配	PDDNOS
7	男	6	不登校	Asperger障害
8	男	6	保育園での集団困難	PDDNOS
9	男	7	パニック・こだわりが強い・暴言・暴力	Asperger障害
10	男	7	パニック・こだわり・暴力・暴言	高機能自閉症
11	男	7	パニック・こだわりが強い・暴力・暴言	Asperger障害
12	男	8	集団行動がとれない・暴力・暴言	Asperger障害
13	男	8	多動・奇声を出す	Asperger障害
14	女	8	パターン化した行動・パニック	Asperger障害
15	女	8	不登校・特定の友人としか遊べない	Asperger障害
16	女	8	集団困難, 遺尿, 遺糞	Asperger障害
17	男	9	学校での不適応, 衝動行為	PDDNOS
18	女	9	こだわり・奇声を出す・暴力	PDDNOS
19	男	10	母親が子どもを虐待してしまう	高機能自閉症
20	男	11	パニック・多動	Asperger障害
21	女	11	不登校	PDDNOS
22	男	12	不登校	Asperger障害
23	男	12	孤立傾向, 学校と母親のトラブル	高機能自閉症
24	女	12	不登校・自傷	Asperger障害
25	男	13	不登校・うつ状態	Asperger障害

どもの診断についての説明を聞き、母親自らが自己の発達障害の存在に気付いた例である。残りの9例は当初から独特の認知パターン、対人関係のあり方が顕著で、発達障害という視点で見れば診断は容易な症例であった。また9症例は経過中に診断が可能となったもので、治療経過の中で母親自身がパニックを起こしたのや、母親のこだわりの強さ、独特の認知のあり方から、治療の過程で徐々に問題の存在が明らかになった症例が見られた。

われわれは発達障害の患者のみならず、情報はなるべく本人や家族と共有することを原則としている。しかし自らのニーズによって受診したのではない今回のような症例では、障害に関

する告知を行うことができなかった症例もあった。母親自身の障害についての告知を行った者は16症例、行わなかった者が9症例であった。障害告知を行った16症例中、7例は子どもの診断の過程で母親が自らの障害に気付いた例であり、もともと自身の対人関係のあり方や社会的な能力に対して不全感を持っていたこともあり、受容は良好であった。9例は治療経過中に診察場面で母親自身がパニックになる、あるいは広汎性発達障害の認知的特徴が明らかになるなどの契機によってそれをきっかけとして母親に告知をしたもので、最終的には受容は良好であった。障害の告知をしていない9症例について、その理由としては次のようなことが挙げら

表2 母親の一覧

症例	母親の診断名	診断時期	障害告知	母の既往歴	虐待
1	Asperger障害	初期(自ら)	有		身体的・心理的
2	PDDNOS	経過中	無	BPD, うつ病	身体的・心理的
3	PDDNOS	経過中	無		なし
4	PDDNOS	初期	無		なし
5	Asperger障害	経過中	有	うつ病	心理的
6	PDDNOS	初期	無		心理的
7	PDDNOS	初期	無	うつ病	心理的
8	PDDNOS	初期	有	パニック障害	身体的・心理的
9	Asperger障害	初期(自ら)	有		身体的・心理的
10	Asperger障害	経過中	有	BPD, うつ病	ネグレクト
11	PDDNOS	初期	無	うつ病	なし
12	PDDNOS	経過中	無	うつ病	身体的
13	Asperger障害	初期(自ら)	有		身体的
14	Asperger障害	初期(自ら)	有		身体的・心理的
15	PDDNOS	初期(自ら)	有	BPD, パニック障害	なし
16	PDDNOS	経過中	有	パニック障害	身体的・心理的
17	PDDNOS	初期	有	うつ病	身体的・心理的
18	PDDNOS	経過中	有	うつ病	身体的・心理的
19	Asperger障害	初期(自ら)	有	うつ病, 統合失調症	心理的
20	Asperger障害	初期(自ら)	有	社会恐怖, うつ病	ネグレクト
21	Asperger障害	初期	有	BPD, うつ病	ネグレクト
22	PDDNOS	経過中	無	うつ病	心理的
23	PDDNOS	初期	有	うつ病, BPD	心理的
24	PDDNOS	経過中	無	全般性不安障害	なし
25	PDDNOS	初期	有	うつ病	なし

れた。受診形態が不安定で母親との間に基本的な信頼関係が成立していないもの(症例4, 22), 母親の子どもに対する障害受容が不十分で混乱している状況であり, まだ母親自身の障害について告知できる時機にないもの(症例3, 9), 母親が対人関係を被害的にとらえるパターンが定着しており, 告知をすることで子どもへの対応がさらに混乱することが予想されるもの(症例12, 24)などである。ただこれらの例はいずれも経過中であり, 今後, 治療の中でいずれかの時点で障害告知を行うことが予定されている。

母親に精神科における治療歴があるものは18症例に上った。最も多い診断はうつ病の14例で, 次いで境界性人格障害(BPD) 5例, パニッ

ク障害3例, 社会恐怖1例, 全般性不安障害1例, 統合失調症1例で, 複数の診断名がついている症例があったが, いずれも発達障害の可能性を指摘されたことはなく, 高機能広汎性発達障害に関しては未診断の状態であった。

母親の教育歴は中学卒業が1名, 高校卒業が12名で, それ以外の12名は専門学校, 短期大学, 4年制大学を卒業しており, 全体としては高学歴の者が多かった。母親の職業については, 常勤で勤務している者が3名で, パートタイム勤務が1名以外は専業主婦であったが, 自営業である家業の手伝いを就労経験に含めれば, 全く仕事経験の無い者は1名だけであった。

実に, 25名中19名(76%)に何らかの子ども虐

表3 治療方法と転帰

症例	子どもへの治療	母への治療	その他	転帰	
				虐待	問題行動
1	親へのガイダンス	精神療法・薬物療法	社会資源(保健師)・ 家族へのアプローチ	改善	改善
2	親へのガイダンス	カウンセリング	社会資源(保健師)・家族療法	改善	改善
3	作業療法	カウンセリング	社会資源	-	改善
4	親へのガイダンス	カウンセリング		-	改善
5	薬物療法	カウンセリング		不変	不変
6	親へのガイダンス	カウンセリング	社会資源(家庭相談員)	改善	不変
7	親へのガイダンス	カウンセリング	社会資源	改善	改善
8	親へのガイダンス	カウンセリング		改善	改善
9	プレイセラピー・薬物療法	カウンセリング	家族へのアプローチ	改善	改善
10	薬物療法・入院治療	精神療法・薬物療法	社会資源・家族へのアプローチ	改善	改善
11	薬物療法・入院治療	カウンセリング	社会資源	-	不変
12	薬物療法・入院治療	カウンセリング	家族へのアプローチ	改善	改善
13	親へのガイダンス	カウンセリング		改善	改善
14	親へのガイダンス	カウンセリング	社会資源(家庭相談員)	改善	不変
15	親へのガイダンス	カウンセリング		-	改善
16	薬物療法・入院治療	精神療法・薬物療法		改善	改善
17	薬物療法	精神療法・薬物療法		改善	改善
18	プレイセラピー・薬物療法	精神療法・薬物療法		改善	改善
19	親へのガイダンス	精神療法・薬物療法		改善	改善
20	薬物療法・入院治療	精神療法・薬物療法		改善	改善
21	薬物療法・入院治療	精神療法・薬物療法	社会資源	不変	改善
22	薬物療法	カウンセリング	社会資源(家庭相談員)・ 家族へのアプローチ	改善	改善
23	親へのガイダンス	精神療法・薬物療法	親の会への入会	改善	改善
24	親へのガイダンス	カウンセリング		-	改善
25	親へのガイダンス	カウンセリング		-	改善

待が認められた。内訳は身体的虐待2名、身体的・心理的虐待8名、心理的虐待6名、ネグレクト3名であった。身体的虐待、心理的虐待では子どもへの対応の過程で、母親自身がパニックとなり、子どもに対する過度の体罰、暴言に至るというパターンが多くみられた。心理的虐待の中には、子どもの解離症状をてんかんと認識して、複数の病院を巻き込んで大騒ぎを起こし、代理Munchausen症候群を疑われた症例や、また、子どもの学校で生じるトラブルによって自らの学校時代の辛い記憶が蘇ってくるので収拾がつかなくなり、「おまえのせいで、自分がこ

んなに辛くなってしまう」と子どもを虐待してしまうという深刻な例があった。ネグレクトでは母親がビールを片手にパソコンのチャットに熱中し、家事を放棄、食事の支度も満足にできないという症例が見られた。

### 3. 治療および転帰

治療の内容と転帰を表3に示す。全例に子どもへの定期的な発達評価、親への療育指導、保護者向け学習会への導入など通常の高機能汎性発達障害への対応を行った(親ガイダンス)。さらに必要に応じて表に示したような治療的介入を行った。

子どもへの治療としては、入院治療を行ったものが6症例、プレイセラピーなど個人療法を行ったものが3症例、薬物療法を行ったものが11症例であった。入院治療を行った症例の中には、子どもの側の行動障害が強いことに加え母親の対応能力の問題が掛け算になって処遇困難ケースとなり、放置すれば重大な事件に発展した可能性があった症例(症例9, 10, 12)が少なからず認められた。個人療法は子ども自身に強度のこだわり、パニック、暴力などの行動障害が顕著で社会スキル訓練という視点から個人精神療法を行った例(症例11, 18)、子どもの不器用さに対する母親の過剰な不安に対して、母親に具体的な対応の仕方を示すために作業療法を行った例(症例3)があった。

母親への治療は精神療法と薬物療法を行った例が9例であった。いずれも母親自身の障害について告知をした症例で、母親がパニックを起こした時の具体的な対処方法、対人関係のとり方など母親自身の適応を改善する具体的なアプローチを行った。これら以外の症例でも告知の有無に関わらず、母親には広汎性発達障害独自の認知特性を踏まえた対応を行った。

母子双方への介入だけでは不十分な症例に対しては家族へのアプローチ、社会資源との連携を積極的に行った。家族へのアプローチでは、子どもへの対応をめぐる夫婦でパニックになり悪循環になっている症例で、父親もAsperger症候群であることが明らかになり、毎回受診に同行してもらい、父親としての機能について具体的な提案をする社会教育訓練的なアプローチを行った症例(症例2)や、また母親に告知ができておらず、母親の受診形態が不安定な例では、父がキーパーソンとなって母子間に介入する役割を担ってもらった例(症例22)、母親に告知をしたところ夫にも主治医から告知をしてほしいという要望があり、母親の高機能広汎性発

達障害としての特徴を説明し、母親がパニックを起こした時の夫の対応方法や母親が苦手とする第三者との交渉に援助を依頼し、それによって劇的な改善を得ることができた症例(症例1)などがあった。また子ども虐待に発展した事例において、児童福祉士、保健師、家庭相談員などの地域の社会資源との連携を治療者側から積極的にとった症例が8例あった。

このような包括的な治療によって、虐待について改善を得ることができた症例は、虐待が見られた19症例中、17例(89%)であった。改善がみられないものは心理的虐待の1例、ネグレクトの1例であった。また受診の主訴となった子どもの問題については、21症例(84%)で改善が得られたが、4症例は不変であった。

#### IV. 症 例

これまでの検討を補完する目的で、子どもだけでなく母親へも発達障害としてのアプローチを積極的に行って良好な結果が得られた症例を提示する。なお報告にあたっては、患児および母親の承諾を得ているが、匿名性を守るため細部を大幅に変更している。

##### 症例20

初診時11歳、男児、Asperger障害。

母親は幼児期から対人関係が苦手で、十代に対人恐怖と診断された既往がある。就労後、結婚し主婦となったが、子どもの幼児期には育児のストレスから抑うつとなり、ずっと不調であるという。

患児は幼児期から多動で、親から平気で離れる子であったという。1歳6カ月時健診でチェックを受け、2歳代から療育を開始し、3歳で保育園に入園したが、集団行動が全く取れなかった。しかし言葉は伸び、集団行動も徐々に向上したため、小学校は通常学級に入学した。しかし小学校3年生頃から、着席困難が著しくなり、

教室からの飛び出しが目立つようになった。このため4年生から通級を開始したが、苦手な学習を拒否する状態が続いた。

学校での不適応が続くため、当センター心療科を初診、ここで初めてAsperger障害という診断を受けた。外来で薬物療法、社会スキル訓練を実施したが十分な改善が無く、中学校に入学した後も、授業への参加は不良な状態であった。このため短期入院治療プログラムに導入し、また学校においては養護クラスと通常クラスを使い分けるなどの対応を依頼した。その結果、授業への参加は向上し、パニックは消失したが、患児が苦手とする科目への授業参加が中々できなかったため、中学2年生にて入院治療を行った。入院においては、隣接する養護学校への登校は円滑であり、授業への参加も良好で、学力の大幅な向上も認められ約4カ月間の入院治療にて退院となった。

#### 症例の母親

37歳女性、Asperger障害。

祖母(母親の母親)の話では幼児期から難しい子、しゃべらない子であった。幼児期から孤立傾向が強く、周囲から浮いていたという。小学校では自分の興味に熱中し、動物とのみ交流し、友人ができなかった。中学、高校では同級生から激しいいじめを受け、対人関係はますます苦手となり、学級や人前での自発的な行動をとることを意図的に避けるようになり、不適応が強くなったため、家族の勧めで17歳にて近くの精神科クリニックを受診し対人恐怖と診断されたという。

高校卒業後、就労を経て結婚した。職場の生活よりも主婦の生活は著しく楽であったというが、子どもが生まれた後、長男が育て難い子であったこともあり、子育てには著しく苦勞し不眠や抑うつが生じた。近医を受診したが、数回のみ通院しただけで中断したという。

37歳にて、長男の受診と診断の過程で、自分が同じ問題を抱えていることに自ら気付いた。相談を受けた治療者は、母親もAsperger障害と診断し、障害の告知を行い、母子の平行治療を開始した。抑うつに対して処方した選択的セロトニン再取り込み阻害剤(SSRI)の服用によって、抑うつは軽快し、それだけでなく長年患者を悩ませていた置き去りにされるという反復性の悪夢が消失し、きちんと睡眠がとれるようになった。

患者は以前から会話の内容が理解できない、他者が笑う内容が理解できないということで悩んでいたが、カウンセリングの中で「分からないことは聞く」という原則をたて、さらに具体的に「人の話をメモする」、会話のときは「ゆっくり聞く、ゆっくり話す」などの提案を自ら行い、それを実施することにより、母親自身の被害的な感情や、周囲の人との付き合いにおける苦手意識は軽減し、現実生活での適応状況は著しく改善されるようになった。振り返ってみると、子どもの問題行動を巡る話し合いにおいて、これまで母親自身は何が問題になっているのかほとんど理解できていなかったことが明らかとなった。子どもの状態が改善したことも相乗的に働き、抑うつは軽減し、パートタイムで働くなど積極的な行動がとれるようになった。患者はわずか6カ月間の外来治療の後、「対応の原則がわかったから服薬なしでもやれると思う。通院しなくてもできるのではないかと思う」と述べ、治療終結となった。子どもの外来通院の折に、近況を聞く状況であるが、これまでの人生で最も充実し、幸せに感じられると報告されている。

## V. 考 察

### 1. 母子症例の診断を巡る問題

高機能広汎性発達障害の高い遺伝負因についてはこれまでも報告されてきたが、母子に注

目されることは少なく、この報告はおそらく高機能広汎性発達障害の母子例という問題に対して正面から取り組んだ初めての報告であると考えられる。すでに成人の年齢に達した人への発達障害の診断は慎重に行われなくてはならない。特に高機能広汎性発達障害の診断のためには、幼児期の対人関係の状況など、幼児期の発達に関する情報を得ることが必要不可欠で、現在の状況のみからの診断は困難であるからである。今回、幼児期の情報などを第三者から聞き取るということが困難な症例も存在した。

しかし今回の症例においては、いずれも母親の側の発達障害の存在を念頭において対応を組むことによって、治療に大きな進展が得られた。母子例の特徴として、虐待や行動障害の重篤な例が多いこと、障害受容が困難な例、子どもの重症度に相関しない母親からの処遇困難の訴えなどがある。また紹介例が多いことも特徴のひとつと考えられるが、紹介症例の8割以上において母親の対応能力の問題を紹介理由としていることも注目値する。母親の72%はすでに精神科受診歴があったが、発達障害に関しては未診断であった。岡野ら(2004)は軽度発達障害と人格障害の操作的診断基準にはオーバーラップする部分かなりあり、人格障害と診断される軽度発達障害が相当数存在すると指摘している。子どもの症状自体の重症度が高い例も当然あるが、幼児期の症例で子どもの症状は比較的軽微であっても母親の対応能力の問題から、通常の親ガイダンス的な対応だけでは効果が得られないだけでなく、周囲を振り回す行動をとることも認められ、母親へのアプローチに関係者が困難さを感じる症例が多いと考えられる。このような母親への介入の難しさは、母親自身の認知特性の独特さが見逃されていたことが大きな要因として挙げられる。特性に配慮した母親自身の現実的な適応を改善するようなア

プローチをしなければ虐待や子どもの行動障害の軽快は得られなかったであろう。

また母親自身も、大きな社会的な不適応を生じていない場合においても、強い生き辛さを覚えており、障害の告知を行った者について、拒否をされた例はなく、ほぼ全員が、なぜもっと早く知ることができなかつたのかと述べていた。成人における診断は慎重に行うことは必要不可欠であるが、治療という立場から見れば、より積極的に発達障害の診断の可能性を検討することが必要であると考えられる。

## 2. 母子症例への包括的治療

岡野ら(2004)は人格障害を(1)人格障害中核群(発達上、大きな問題を認めない人格障害)、(2)発達障害・人格障害併発群(注意欠陥多動性障害あるいはAsperger障害の二次障害としての人格障害、または合併例)、(3)偽性人格障害群(人格障害の行動様式を持つが、それは発達障害の行動様式が強いことで見かけ上人格障害と診断される患者群)の3つのカテゴリーに分けて検討している。母子例では、母親の状態として(2)、(3)に該当する例と高機能広汎性発達障害としての認知障害はあるものの、人格的な偏りは軽微な例があると考えられる。人格的な偏りが軽微なものは、母親自身の認知特性への理解を促し、現実的な適応を改善させる支持的、具体的な提示を行うという親自身への心理教育的指導を含む一般的な親ガイダンスによって効果が得られるものが多い。また(3)についても治療者が母親の見かけ上の人格障害的な行動に振り回されず、高機能広汎性発達障害としての認知障害を治療対象に設定し、認知行動療法的なアプローチを行い、並行して高頻度に付随する感覚過敏、パニック、攻撃性の亢進、衝動性などを主なターゲットとして薬物療法を行うことで一定の効果が期待される。しかし(2)については二次障害として人格障害に類似した行動特性を合

併するに至った症例であり、早期に改善が得られないことが多く、子どもを支える枠組みを構築する必要がある。本研究で子どもの入院治療を行ったり、家族へのアプローチ、社会資源との積極的な連携を行ったりしたのはそのようなケースであった。

成人症例のパーソナリティ特性として、いわゆる未熟さとして括られる強迫的、受動的、依存的で爆発的な気質の存在が指摘されているが(Soderstrom et al, 2002)、これらは広汎性発達障害独自の誤学習やいわゆる認知の穴の存在を想定すると対応が組みやすい。症例によっては、一日の生活や食事のスケジュールを念のために確認してみたところ、数時間をかけて儀式的掃除を行い、さらに食事は一日チョコレート12枚とヨーグルト1、リンゴ1で済ましていたといった極端な生活を送っていることに初めて気付かれた例もあり(症例10)、このグループへの対応は、常識的なレベルは大丈夫であろうという先入観を捨てて望むことが何よりも必要であるものと思われる。

成人の高機能広汎性発達障害の治療には、本人の障害認知とそれを踏まえた上で新たな自己認識を形成し、適応のための具体的なストラテジーを組み立てるなどの援助が必要になる(杉山, 2001)。それには本人への告知が治療の重要な要素となる。今回、告知をしなかった9例についても、告知のあり方と母親の病態レベルとの関連について今後さらに検討を重ね、告知を漸次行う予定である。

今回対象とした25例は、母子双方への治療を別々の治療者が行うのではなく、同一の治療者が担当した。単独の治療者が母子双方の治療を担う長所として、治療者が母子双方のその時々状態を把握しており、リアルタイムの介入が可能になることがあげられる。発達障害の治療は、日常生活そのものが治療の場となるので母

に共同治療者、療育者としての力を確立してもらう必要がある。したがって、発達障害へのアプローチは子ども自身への働きかけと同時に母を共同治療者とするための母に対する援助の二本立てになる。母への援助の際に高機能広汎性発達障害の母子例では、母にも認知の偏りがあるために療育指導の内容を般化できないこと、母自身の対人関係障害により保育園や学校ともめたり、交渉が上手くできず、子どもに必要な環境調整を行うことが困難なため具体的な指示や提案を行うことが必要になる。また、暴力など子どもの問題行動が重篤なためリアルタイムの介入が必要になることが多い。複数の治療者が関わる場合、母子双方についての情報の共有にタイムラグが生じることがあり、治療者が母の状態を理解せずに、無理な課題設定を行ったり、子どもの問題への介入が遅れることがある。

逆に単独の治療者が治療を担当する短所としては、母の治療者として母に受容的な対応が必要なときに、子どもの治療者として母に批判的な態度をとる必要がある場合があり、母の治療者としての一貫性を保つことが困難なことがある。反対に母への共感を強めると子どもとの良好な信頼関係を築けないことがあり得る。単独の治療者が母子双方を扱うことの長所、短所について治療者は常に意識的であることが必要である。

### 3. 子ども虐待との関連

子ども虐待の臨床において、軽度発達障害、特に高機能広汎性発達障害が虐待の高リスクになることをわれわれは指摘してきた(浅井ら, 2002; 杉山, 2004)。われわれは、積極的に親の側のカルテを作り、親子平行治療を行ってきたが、このようにして子ども虐待に取り組んでみると、親の側の要因として高機能広汎性発達障害がしばしば存在することに気付いた。今回の

調査では、実に76%に子ども虐待が認められた。さらに、精神科的既往においてうつ病と診断を受けた14例中12例において虐待が認められることに注目される。感情障害の存在は、高機能広汎性発達障害に認められる最も一般的な併存症である(Ghaziuddin et al, 2002)。このグループの社会的な生活をして行く上での高ストレスだけでなく、生物学的な基盤の存在が議論されている。いずれにせよ母子例において母親側にうつ病の併存が生じた場合には、虐待のリスクがさらに高くなることは疑いない。これらの例ではいずれも、少なくとも抑うつに関しては薬物療法が相当程度有効であり、子ども虐待への対応という側面からも、積極的な治療が必要とされる。

反社会的行動との関連について言及しておきたい。症例の中には、パニック時に激しい他害が生じ、他者に重大な怪我を負わせた例(症例10)や、家族と周囲との間のトラブルに発展した事例(症例9, 23)が含まれる。われわれが行った高機能広汎性発達障害の触法事例の検討で浮上した要因は、未診断、未治療であること、迫害体験の存在、現在の孤立と極端な不適応であった(杉山, 2003)。子ども虐待は迫害体験の最たるものであり、母子事例への積極的な対応は、反社会的行動の予防という側面からも重要な要素になるものと考えられる。

本研究は平成16年度厚生科学研究「高機能広汎性発達障害の反社会的行動への対応と予防」(石井哲夫)の研究協力として行った。また、本論文の要旨は第92回小児精神神経学会(久留米市, 平成16年)において報告した。

## 文 献

- 浅井朋子, 杉山登志郎, 海野千歆子, 他(2002): 育児支援外来を受診した児童79人の臨床的検討. 小児の精神と神経 42 (4): 293-299
- Fisman S, Wolf L, Ellison D et al (2000): A Longitudinal Study of Children With Chronic Disabilities. Can J Psychiatry 45: 369-375
- Ghaziuddin M, Ghaziuddin N, Greden J (2002): Depression in persons with autism: implications for research and clinical care. J Autism Dev Disord 32 (4): 299-306
- 岡野高明, 高梨靖子, 宮下伯容, 他(2004): 成人におけるADHD, 高機能広汎性発達障害など発達障害のパーソナリティ形成への影響. 精神科治療学 19 (4): 433-442
- Soderstrom H, Rastam M, Gillberg C (2002): Temperament and character in adults with Asperger syndrome. Autism 6 (3): 287-297
- 杉山登志郎(2001): 高機能広汎性発達障害の青年期. 青年期精神療法 1 (1): 41-49
- 杉山登志郎(2003): 高機能広汎性発達障害に見られるさまざまな精神医学的問題に関する臨床的研究. 日本乳幼児医学・心理学研究 12 (1): 11-25
- 杉山登志郎(2004): 子ども虐待はいま. そだちの科学 2: 2-9

\*

\*

\*

## 高機能自閉症児は健常児と異なる「心の理論」をもつのか： 「誤った信念」課題とその言語的理由付けにおける健常児との比較

別府 哲 野村 香代  
(岐阜大学教育学部) (名古屋第二赤十字病院)

Baron-Cohen et al. (1985) 以後, 通常4歳で通過する「誤った信念」課題に, MA (Mental Age) 4歳の自閉症児が通過できないことが多くの研究で追試されてきた。一方, Happé (1995) は, 自閉症児も言語性MAが9歳2か月になると「誤った信念」課題を通過することを示した。本研究は, 自閉症児が「誤った信念」課題を通過して「心の理論」を形成するのは, 遅滞なのか, あるいは質的に違う内容を形成しているのかを検討することを目的とする。「誤った信念」課題であるサリーとアン課題を改変したものを通常通りに回答を求めると共に, なぜそちらを選択したかの言語的理由付けを行わせた。対象者は健常児が3~6歳60名, WISC-IIIでの言語指数が70以上の高機能自閉症児29名(小学校1~6年生)である。健常児は, 「誤った信念」課題に誤答するレベル(水準0), それは正答するが言語的理由付けができないレベル(水準1), 課題に正答しかつ言語的理由付けもできるレベル(水準2)の順序で発達的に移行することが明らかにされた。それに対し, 高機能自閉症児は水準0と水準2は存在したが水準1のものが1名もみられなかった。これは, 健常児が言語的理由付けを伴わない直感的な「心の理論」を発達の前提に, その後, 言語的理由付けを伴う「心の理論」を形成するのに対し, 高機能自閉症児は直感的な「心の理論」を欠いたまま言語的理由付けによる「心の理論」を形成するという, 質的な特異性を持つことが示唆された。**【キー・ワード】** 高機能自閉症児, 心の理論, 誤信念課題, 直感的心理化

### 問 題

1980年代より, 自閉症の中核的障害を「心の理論(theory of mind)」の欠損としてとらえる考え方(例えば, Baron-Cohen, 1995)が主張されてきた。この考えは, Wingのいう自閉症の3つ組を網羅的に説明できるものとして注目を浴びた。しかし, その後, 「心の理論」欠損を自閉症の一次障害ととらえることについては, いくつかの問題点が指摘されている。その中の1つが, 「心の理論」を調べる代表的課題である「誤った信念(false belief)」課題を自閉症児に試行した場合, 必ず一定の割合で正答できるものが存在するということである。こういった研究の流れの端緒となったBaron-Cohen, Leslie, & Frith (1985) は, その研究報告の中で, 「誤った信念」課題に約2割の自閉症児が正答したことを報告しており, そのことはそれ以後の研究でも同様に指摘されている(例えば, Naito, Komatsu, & Fuke, 1994)。

これについてHappé (1995) は, 「誤った信念」課題の通過を対象者の言語精神年齢と関連させて検討した。その結果, 健常児は言語精神年齢4歳で50%以上が通過するのに対し, 自閉症児は言語精神年齢9歳2か月で50%以上通過することを明らかにした。つまり, 健常児より発達的に遅れるが, 自閉症児も「心の理論」を形

成できることを示したのである。

それでは, 自閉症児の「心の理論」の形成は, 健常児より発達的に遅れるだけで, 両者に質的な違いはないのであろうか。これについては, 以下の領域の研究から, たんなる発達の遅れではなく, 質的な違いをもっていることが示唆されている。

一つは, 自閉症児は「心の理論」を獲得した後も, 健常児とは異なり, 日常生活では他者の心を読み間違えた奇妙な行動をとるというずれ(gap)に注目した研究である。Bowler (1992) は, アスペルガー症候群の青年が二次の誤信念課題には正答することを明らかにした上で, しかし日常生活で社会的行動の奇妙さは無くなっていないことを考察している。それは, 彼・彼女らは他者の心を推論することはできるが, 健常児とは異なる, 速度の遅いやり方で行うため, 社会的情報の多い日常生活では他者の心を理解するまでに時間がかかり, そのずれが奇妙な行動にみえるというものである。Frith (2004) は, 言語能力の高い自閉症児はより複雑な「心の理論」課題に通過する一方, 線の動画を見てそこに心的状態を推測するといったより簡単な課題に不適切な答えしかできない(Abell, Happé, & Frith, 2000; Klin, 2000)ことに注目した。そこから, 言語能力の高い自閉症児は「心の理論」課題で筋の通った答えをすることができるが, 後者

の課題に必要な、直感的な心理化能力 (intuitive mentalizing ability) に弱さをかかえると仮説した。これらはいずれも、高機能自閉症児が獲得する「心の理論」が健常児と質的に異なることを示唆するものである。しかし一方で、それを直接検証しておらず、課題間の差異、あるいは課題と臨床的印象との差異をもとにした推論による仮説にとどまっている。

二つは、脳のイメージング研究によるものである。Castelli, Frith, Happé, & Frith (2002) は、対象児に心的状態を推測する心理化課題を試行すると、健常者は、上側頭溝、下頭頂葉、前部帯状回、前頭前野内側部、扁桃体、前頭眼窩野が結合して (connect) 活性化するのに対し、高機能自閉症者はその領域間で結合した活性化がみられないという特異性を明らかにした。また Happé (1998) は、PETを用いた研究から、心の理論を必要とする課題で特異的に賦活する脳の領域が健常児とアスペルガー症候群では異なることを示した。Frith (2004) は、健常児は視空間処理の領域の活性化がより深部にある心理化に必要な領域の活性化を伴うのに対し、その結合がみられない自閉症児は、直感的な心理化を行うトップダウン処理のモジュールが欠損していることを仮説し、Happé (1998) は、自閉症児は他者の心を、直感的にではなく心理的な計算に似た作業によって理解しているのではないかと論じている。

三つは、臨床的研究である。杉山・辻井 (1999)、杉山 (2000) は、高機能自閉症児やアスペルガー症候群児の多くが、「心の理論」を形成するといわれる9,10歳以後に社会的適応能力を向上させること、しかし一部にその時期を境に自己同一性障害などの不適応症状を強めるものが存在することを指摘している。彼らはその要因として、自閉症児がこの時期に他者の心は読めるようになるが、その一方で読み誤りも多く、その結果、いじめなど否定的な人間関係が存在する場合、自己不全感や対人関係における被害念慮が増大することを挙げている。そしてその読み誤りは、健常児が他者の心を直感的に理解するのに対し、自閉症児は言語的類推を繰り返して処理するためではないかと仮説している。

以上の研究は、高機能自閉症児は「心の理論」が、健常児の獲得する「心の理論」と質的に異なる可能性を強く示している。ただいずれも、高機能自閉症児と健常児の「心の理論」の内容自身を直接検討したものではなく、類推による仮説にとどまっている。本研究では、「心の理論」の質的な違いを、「誤った信念」課題を用い、そのでき方を直接比較することによって検討することを第一の目的とする。

第二の目的は、その質的な違いが、健常児は直感的に他者の心を理解するのに対し、高機能自閉症児は健常児より高い言語能力に依拠して命題 (proposition) を積み

上げて理解するという仮説を検証することである。Happé (1995) の研究は、高機能自閉症児は言語精神年齢に依存して「心の理論」を獲得するが、その言語精神年齢は健常児が4歳であるのに高機能自閉症児は9歳2か月であることを示した。これは、高機能自閉症児が健常児より高度な言語能力に依拠して初めて「心の理論」を形成できることの傍証となっている。Frith (2004) が高機能自閉症に欠けているものとして仮定した、直感的な心理化能力、あるいはトップダウン処理のモジュールとは、この文脈でいえば、言語能力に直接的には依拠しない、他者の心を読む能力と考えられる。高機能自閉症はその能力が欠損しているため、それを補償するために高度な言語能力に依拠して初めて「心の理論」を獲得できるとは考えられないだろうか。

今回はこの2つの目的を検証するため、「誤った信念」課題に正答あるいは誤答をした後で、「なぜそのように判断するのか」という言語による理由付けを問うことを行う。なぜなら、言語による理由付けは、その答えを対象者が導き出すプロセスを明らかにできると考えられるからである。

しかしこれまでの自閉症児を対象者とした「誤った信念」課題の研究では、判断の理由付けをさせることはほとんど行ってこなかった。そこには「誤った信念」を調べるために工夫された課題構造が関係していると考えられる。例としてサリーとアン課題を取り上げる。この課題ではまず、Aという人物がボールをXに入れて部屋を出た後、Bという人物がそのボールをXから取り出しYに入れ替えて立ち去る。その後、Aが部屋に戻ってきて自分のボールを取り出そうとする。その場面までを人形劇などで見せたところで、子どもに「この人(A)はどちらの箱(X, Y)をさがすか」と質問し、2つのうちいずれかの箱を指させ、その行動で「心の理論」の有無を調べるものである(ここでいえば、その時に実際にボールは入っていないXを選べば、子どもはAの「誤った信念」を理解していることになる)。このように、「誤った信念」課題は、心の理解を言語的に表現できなくても調べることを可能にした、きわめて巧妙に工夫された課題構造を持っている。この課題構造があってはじめて、言語能力に障害を持つ場合が多い障害児、特に自閉症児を対象者とすることが可能になったのであろう。しかしこの課題構造の精巧さのために、「誤った信念」課題に正答あるいは誤答した際の、言語的理由付けをさらに調べることは、ほとんどかえりみられなかったと推測される。

これに対し、木下 (1991) は健常児 (4~6歳児) を対象にではあるが、言語的理由付けとの関連を調べた数少ない貴重な報告を行っている。彼は、「誤った信念」課題を行って正答・誤答を明らかにした後、同一対象者

に、「なぜそう判断したのか」という言語による理由付けを求めた。その結果、健常児は、誤った信念課題に正答できるものの中に、誤った信念課題は正答できる（正しい方を指させる）が言語的理由付けはできないレベル（水準1）と、誤った信念課題に正答できしかも言語的理由付けも可能になるレベル（水準2）の2つの異なるレベルが存在すること、そしてこの2つのレベルはこの順序で発達することを明らかにした。換言すれば、健常児は言語的理由付けができる（水準2）以前に、行動レベルで「誤った信念」を理解した行動をとることはできている（水準1）、発達的にはその土台の上に言語的理由付けによる心の理解が可能となると考えられる。

もし高機能自閉症児が健常児とは異なったやり方で、より高い言語能力に強く依拠して「誤った信念」を理解するのであれば、次のことが予想される。それは、この木下（1991）の指摘する上記の水準1、すなわち誤った信念課題に行動レベルでは正答できるが言語的理由付けはできないレベルが、高機能自閉症児の場合は存在しないということである。それは、健常児が言語精神年齢4歳で「誤った信念」に行動レベルで正答できるのに対し、高機能自閉症は言語精神年齢9歳2か月（Happé, 1995）にならないと正答できないということと密接に関わっている。健常児は、「誤った信念」を言語的理由付けができる以前から、行動レベルでは直感的に理解した対応がとれる（これが水準1）。よってあまり高い言語能力を必要としない。しかし高機能自閉症児が正答するために、言語精神年齢9.2歳の言語能力を必要とするのは、彼・彼女らが、言語的理由付けが可能になることで初めて行動レベルでも理解した行動がとれることを意味していると考えられる。すなわち高機能自閉症児は、「誤った信念」課題に正答できることは、言語的にその理由付けができることと表裏一体で可能になり、その結果、「誤った信念」課題に正答できないレベルから、一挙に木下（1991）のいう水準2に発達的に移行すると仮説できるのである。本研究は、この仮説を、木下（1991）の課題を高機能自閉症児と健常児に施行し、両者を比較することによって検討することとする。

なお、今回の研究は、「誤った信念」課題に誤答しているものが正答に移行するまさにそのレベル（木下〔1991〕のいう、水準1、水準2）を検討することが必要となる。そこで、そういったレベルの健常児と高機能自閉症児を対象として選択する必要がある。Happé（1995）やBaron-Cohen et al.（1985）の結果から考えれば、健常児と高機能自閉症児を生活年齢（Chronological Age; 以下、CAと略す）で対応させることは無意味であろう。一方、言語精神年齢で対応させれば、例えば高機能自閉症児に合わせて言語精神年齢9～10歳の対象者を対象とする場合、4歳で「誤った信念」課題を通過する健常児

の場合、その成立過程を検討するには不適切となる。そこで、Happé（1995）のいう「誤った信念」課題と言語精神年齢との関係を考慮し、健常児は4～6歳、高機能自閉症児は学齢期においてはほぼCAと言語精神年齢が対応するため、9,10歳をばさんだ前後の年齢として小学校相当年齢（7～12歳）の子どもを対象にし、比較検討を行うこととする。

## 方 法

### 対象者

健常児群と高機能自閉症児群を対象者とした。健常児群は、G県G市内のA保育園の年少児、年中児、年長児を対象とした。なお、実験実施者（第二筆者）は実験開始前1週間A保育園で保育の補助を行い、子どもとラポールをとった。そしてA保育園の担任保育士と実験実施者で話し合いを持ち、言語発達を含め発達の遅れを疑われるものは分析の対象から除外した。その結果、分析の対象としたものは、年少群13名（男児7名、女児6名、平均CA4歳0ヶ月、CAレンジ3歳6ヶ月～4歳5ヶ月）、年中群23名（男児12名、女児11名、平均CA4歳11ヶ月、CAレンジ4歳6ヶ月～5歳4ヶ月）、年長群24名（男児9名、女児15名、平均CA5歳11ヶ月、CAレンジ5歳6ヶ月～6歳5ヶ月）の計60名であった。高機能自閉症児群は、高機能自閉症あるいはアスペルガー症候群と精神科医に診断されたもので、特定非営利活動法人アスペ・エルデの会に所属するものである。そのうち、第二筆者とアスペ・エルデの会で行ったWISC-Ⅲ知能検査の言語理解指数（以下、VCと略す）が70以上<sup>1)</sup>のもの29名を対象とした。小学校低学年12名（男児11名、女児1名、平均CA7歳7ヶ月、CAレンジ6歳10ヶ月～9歳0ヶ月、VC平均100.7、VCレンジ73～151）、小学校高学年17名（男児14名、女児3名、平均CA11歳2ヶ月、CAレンジ9歳6ヶ月～12歳4ヶ月、VC平均94.2、VCレンジ74～144）であった。

### 実験手続き

「誤った信念」課題として、サリーとアン課題（Baron-Cohen et al., 1985）を改変したストーリーで、人形劇にしてビデオ撮影したものを用いた。そこでのストーリーは、2人の人物（A, B; Aが男の子の場合はBが女の子、Aが女の子の場合はBが男の子の2通りを作成）が登場し、Aがボールで遊んでからそのボールを箱Xに片付け部屋を退出する。その後、Bがそのボールを箱Xから取

1) 高機能自閉症は精神遅滞を伴わない自閉症である。そのIQの基準としては、IQ85以上とする場合とIQ70以上の場合が混在しているのが現状である。本研究では、WHOの国際疾病分類基準であるICD-10において、IQ70未満が精神遅滞の診断基準であることより、VC70以上の高機能自閉症児を被験者として選択することとした。

り出し遊ぶ。そしてボールを今度は箱Yに片付けて部屋を出る。そこでAが戻ってきて「もう一度ボールで遊ぼう」と言うものである。

**誤った信念課題第1試行** 被験児を1人ずつ別室に連れて行き、一対一で実験を行った。ここでは上記のビデオのうち、主人公Aが男の子でBが女の子のビデオを用いた。なおそのビデオでは、主人公Aが遊んでいたボールは黄色のボールであり、箱Xは赤い箱、箱Yは黒い箱となっている。まず、「今から人形劇のビデオを見てください。見終わった後に、質問するのでよく見ていてください」と教示した後、ビデオを再生した。主人公A(男の子)が部屋に戻ってきて、「もう一度ボールで遊ぼう」と言ったところで、ビデオを静止画像にした。それから、次の質問を被験児に行った。(a)主人公の誤った信念質問；「男の子はどちらの箱を探すかな？」(b)確認質問；主人公の信念質問正答の場合「ボールが入っているのは、どちらの箱かな？」・主人公の信念質問誤答の場合「男の子はどちらの箱に片付けたかな？」。この確認質問は、主人公の信念質問に対して、単に記憶違いによる反応でないことを確かめておくために実施した。以上の質問を終えた後、「男の子はボールが入っていると思っている箱を探しにいくよね？」と確認し、「男の子はどちらを探しに行くかみてみようか」と言い、静止画像を解除し、主人公の誤った信念に基づいた行動結果(ボールが入っていない箱Xをさがす)を見せる。そして、主人公の信念質問の正誤に応じて次の質問をする。(c)理由づけ質問；主人公の信念質問正答の場合は、「○○ちゃんの言うとおりであったね。本当は黒い箱(箱Y)にあるのに、どうして赤い箱(箱X)を探すのかな？」。主人公の信念質問誤答の場合は、「おかしいね。赤い箱(箱X)を開けたね。ボールは黒い箱(箱Y)にあるのに、どうして赤い箱(箱X)を探すのかな？」。理由づけ質問については、被験児の発話を受け、それを「どうして～なのか」という形式で質問を繰り返し、できる限り被験児からの発話を収集した。また、被験児の言語反応を補うため、ビデオ視聴児および質問に答えている際の全過程をビデオ記録した。

**誤った信念課題第2試行** 基本的な場面設定、話の流れは、誤った信念課題第1試行と同様で、場面設定の変更点は女の子を主人公(A)にし、主人公が使うボールは白いボール、箱Xは緑色の箱、箱Yは黄色の箱を用いたことのみである。ただし、誤った信念課題第1試行では、最後にビデオで主人公が「誤った信念」にしたがってボールの入っていない箱をあけるビデオ映像をみせてから理由付けをさせた。しかしここでは、そういったビデオ映像を見せる前に、言語的理由付けも求めた。それ以外は教示、質問も誤った信念課題第1試行と同じである。なお高機能自閉症児群の親と本人には文書と口頭で

依頼を行い、了解を得たものに課題を試行した。

## 結 果

### 健常児

**誤った信念課題の正答・誤答** 2回の誤った信念課題のうち、第1試行か第2試行の一方では信念質問と確認質問にあわせて正答するが他方では誤答したものが、健常児群では60名中23名(38.3%)、高機能自閉症児群では29名中5名(17.2%)にみられた。誤った信念課題の正答・誤答は、対象者が箱Xと箱Yのいずれを選択するかのみによって判断される。今回の結果は、1回の誤った信念課題で正しく箱Xを選択し確認質問に正答することのみで、その対象者が誤った信念を理解したと判断できるかどうかは不明瞭であることを示唆した。そのため、ここでは、2回行った誤った信念質問課題でいずれも、主人公の信念質問と確認質問にあわせて正答したものを、誤った信念課題正答者と判断し、それ以外を、誤った信念課題誤答者とした。

その結果、健常児群での各年齢群での正答者・誤答者はTable 1のようになった。正答者は、年少群13名中4名(30.8%)、年中群23名中6名(26.1%)、年長群24名中13名となり(54.2%)、年中から年長になるところで割合が増加していた。そこで、隣接する年齢群間で、正答者数と誤答者数の違いがないかどうか、 $\chi^2$ 検定を行った結果、年中群と年長群間において5%水準で有意な差がみられた( $\chi^2(1, N=47)=3.84, p<.05$ )。

**誤った信念課題の理由付け** 木下(1991)を参考に、以下のカテゴリーに分類した。

- A. 知覚経験との関連；主人公はポイントとなる事実(ボールを違う箱に移し変えられたこと)を知覚していない(見ていない、聞いていない)という理由付け(例：もうひとつの箱に入れるのを見ていないから)。
- B. 主人公のはじめの行為(最初に箱Xに入れたこと)との関連；主人公が初めに自分で片付けたところを探すという方略による理由付け(例：主人公が箱Xに入れたから)。
- C. 事実の単なる記述；対象(ここでいえばボール)が別の箱Yに移されたことのみを言及する理由付け(例：別の子がボールを箱Yにいれたから)。あるいは、主

Table 1 健常児群における誤った信念課題の正答者と誤答者

	正答者	誤答者	計
年少	4(30.8)	9(69.2)	13(100.0)
年中	6(26.1)	17(73.9)	23(100.0)
年長	13(54.2)	11(45.8)	24(100.0)
計	23	37	60

(%)

人公の心的状態を繰り返すのみで、それ以外の原因に言及しない理由付け(例: そう思ったから)。

#### D. 非論理的・了解不可能な記述

#### E. その他

このカテゴリの中で、カテゴリAとカテゴリBは、この主人公がなぜ、そのときにはボールが入っていない箱を探すのかの理由付けとしては、妥当なものと考えられる。カテゴリAは、主人公の知覚経験とその認識内容の因果関係を明らかに意識化した説明であり、カテゴリBは、知覚経験ではないものの主人公の行為とその認識内容の因果関係を把握したものだからである。それに対し、カテゴリCでは、特徴的な外的事象を取り上げながらも、主人公自身の経験・行為との関係でその誤った信念を直接的に説明するものにはなっていない。カテゴリD, Eも同様である。

上記の基準に基づいて、全データ(健常児群・自閉症児群)を独立の2人の評定者が評定したところ、その一致率は90.6%であった。一致しなかったものは、両者で協議して再分類した。

誤った信念課題2試行の理由付けでは、2試行のうち、より高いカテゴリの理由付けをその対象者の理由付けカテゴリと判断した。これは以下の理由による。それは、言語能力の差の問題である。Piagetのいう前操作期にあたる就学前の健常児群と、後でふれる小学1~6年の高機能自閉症児群では、言語能力に差があるのは明白である。そのため、2試行共に理由付けがA・Bである場合のみ、理由付けA・Bのカテゴリと判断する基準を採用すれば、両群の違いは言語能力の差の影響を大きく受ける可能性を残すことになる。実際、本研究の結果では、誤った信念正答者のうち2試行中1試行のみで理由付けA・Bであったものは、高機能自閉症児群21名中1名(4.7%)なのに対し、健常児群12名中5名(41.6%)であった。言語能力の差による影響をできるだけ排除するために本研究では、2試行中のより高いカテゴリの理由付けをその対象者の理由付けと判断する基準を採用した<sup>2)</sup>。

その基準で分類した結果、健常児群での各年齢群の理由付けはTable 2のとおりである。カテゴリA, B, C, D, Eの中で、カテゴリAまたはBと、それ以外の2群にわけてみると、カテゴリAまたはBで理由づけを行っているものは、年少児13名中4名(30.8%)、年中児23名中7名(30.4%)、年長児24名中12名(50.0%)となり、

2) 誤った信念課題の正答者のうち2試行中1試行のみで理由付けA・Bであった6名(高機能自閉症児群1名、健常児群5名)のうち、高機能自閉症児1名と健常児4名は、第1試行で理由付けAないしBであったのに、第2試行で理由付けがC, D, Eに移行したものであった。つまり6名中5名は、最初の理由付けでAないしBの反応をしており、主人公の心的状態を説明するのに正確な言語的理由付けが可能と判断される内容であった。

Table 2 健常児における誤った信念課題での正答・誤答と理由付けの関係

誤信念課題での理由付け	年少		年中		年長		計
	正答	誤答	正答	誤答	正答	誤答	
A	0	0	1	1	2	0	4
B	2	2	3	2	4	6	19
C	1	1	0	4	5	4	15
D	1	2	1	2	0	1	7
E	0	4	1	8	2	0	15
計	4	9	6	17	13	11	60

年中から年長になるところで割合が増加していた。そこで、隣接する年齢群間で $\chi^2$ 検定を行なったが、どの年齢群間でも有意な連関はみられなかった。

次に、理由付けがカテゴリAまたはBであるかどうかと、誤った信念課題の正答者・誤答者の間に関連があるかどうかを検討した。すべての年齢群を合わせて考えると、正答者23名中12名(52.2%)が、誤答者37名中11名(29.7%)が、カテゴリAまたはBの理由づけを行っていた。そこで、理由付けカテゴリがAまたはBか、それ以外(C, D, E)かと、正答者か誤答者に関連があるかどうかを調べるために、 $\chi^2$ 検定を行った。その結果、有意な連関はみられなかった( $\chi^2(1, N=60) = 3.02$ , n.s.)。

#### 高機能自閉症児

誤った信念課題の正答・誤答 分析の指標は、健常児の場合と同様である。正答者は、小学校低学年12名中7名(58.3%)、小学校高学年17名中14名(82.4%)であり、年齢とともに増加していた(Table 3)。低学年と高学年で、正答者数と誤答者数の違いがないかどうか、直接確率法で比較したところ、どちらでも有意な差はみられなかった( $p = 0.2180$ )。

誤った信念課題の理由付け 分析の指標は、健常児の場合と同様である。その結果(Table 4)、カテゴリAまたはBで理由づけを行っているものは、低学年12名中9名(75.0%)、年中児17名中16名(94.1%)となり、その割合は年齢とともに増加していた。そこで、 $\chi^2$ 検定を行ったが、有意な差はみられなかった( $\chi^2(1, N =$

Table 3 高機能自閉症児における誤った信念課題の正答者と誤答者

	正答者	誤答者	計
小学校低学年	7(58.3)	5(41.7)	12(100.0)
小学校高学年	14(82.4)	3(17.6)	17(100.0)
計	21	8	29

(%)

Table 4 高機能自閉症児における正答・誤答と理由付けの関係

誤信念課題での理由付け	低学年		高学年		計
	正答	誤答	正答	誤答	
A	2	0	2	0	4
B	5	2	12	2	21
C	0	2	0	0	2
D	0	1	0	1	2
E	0	0	0	0	0
計	7	5	14	3	29

29) = 2.16, n.s.)。

次に、正答者と誤答者において、理由付けがAまたはBかそれ以外(C, D, E)かに関連があるかどうかを、検討した。低学年と高学年両群合わせて考えると、正答者21名中21名(100.0%)が、誤答者では8名中4名(50.0%)が、カテゴリーAまたはBの理由づけを行っていた<sup>3)</sup>。健常児の場合、誤った信念課題での正答者も誤答者のいずれにおいても、理由付けA・Bのものも理由付けC・D・Eのものも存在した(Table 2)のに対し、高機能自閉症児群では、誤った信念課題の誤答者にしか理由付けC・D・Eのものが存在しなかった(Table 4)。そこで高機能自閉症児群において、正答者と誤答者、そして理由づけカテゴリーがAまたはBと、それ以外(C, D, E)で直接確率法を行ったところ、1%水準で有意な連関がみられた( $p = 0.0029$ )。また、年齢群ごとに同様の検討を直接確率法で行ったところ、低学年においてのみ5%水準で有意な連関がみられた( $p = 0.045$ )。

#### 健常児群と高機能自閉症児群の比較

誤った信念課題を正答したものの中に、言語的理由付けができないもの(水準1)と言語的理由付けができるもの(水準2)があるとした場合、ここでの仮説は、健常児群では水準1のものも水準2のものもみられるのに対し、高機能自閉症児群では水準2はみられるが水準1はみられないというものであった。これをここでの分析にあてはめれば、正答者でありかつ理由付けカテゴリーがAまたはBのものが水準2、正答者であるが理由付けカテゴリーがC, D, Eのいずれかのものが水準1となる。そこで、健常児と高機能自閉症児それぞれの正答者が、理由付けをAまたはBで行ったか、それ以外(C, D, E)で行ったかをTable 5に示した。その結果、正答者の中

Table 5 健常児と高機能自閉症児の正答者における理由付けカテゴリー

	理由付けカテゴリー		計
	A, B	C, D, E	
健常児群	12 (52.2)	11 (47.8)	23 (100.0)
高機能自閉症児群	21 (100.0)	0 (0.0)	21 (100.0)
計	33	11	44

(%)

で、理由づけカテゴリーがAまたはBである者は、高機能自閉症児群では21名中21名(100.0%)であり、正答者はすべて理由付けがAまたはBであるのに対し、健常児群はそういったもの(正答者でありかつ理由付けがAまたはBのもの)は23名中12名(52.2%)にとどまり、23名中11名(47.8%)は正答者であるが理由付けはC, D, Eのいずれかを示したものであった。高機能自閉症児群と健常児群の正答者の間で、理由付けがAまたはBか、それ以外かで $\chi^2$ 検定を行った結果、両者の間には1%水準で有意な差がみられた( $\chi^2(1, N=44) = 13.39, p < .01$ )。

## 考 察

問題で述べたように、誤った信念課題を正答したものの中に、言語的理由付けができないもの(水準1)と言語的理由付けができるもの(水準2)があるとした場合、健常児群では水準1も水準2もみられるのに対し、高機能自閉症児群では水準2はみられるが水準1はみられないことを仮説した。これは、以下の2つの結果から支持されたといえる。

1つは、健常児群と高機能自閉症児群における、誤った信念課題の正答者の中での理由付けカテゴリーの比較によってである。さきほどの水準1、水準2というのは具体的にいえば、正答者でありかつ理由付けカテゴリーがAまたはBのものが水準2、正答者であるが理由付けカテゴリーがC, D, Eのいずれかのものが水準1となる。本研究では、高機能自閉症児の正答者はすべてが水準2であったが、健常児の正答者は、水準2のものも水準1のものも存在することが示されたのである。

2つは、正答か誤答かと、言語的理由付けがAまたはBか、それ以外(C, D, E)かの間、連関が、高機能自閉症児ではみられたのに対し、健常児ではみられなかったことである。これは、高機能自閉症児の場合、誤った信念課題に正答することは言語的理由付けをAまたはBで行うことと連関して成立するのであるが、健常児の場合、そういった連関は存在しないことを示している。これはさきほどの仮説とむすびつけていえば、健常児は水準2にくわえて水準1も存在することが、誤った信念課

3) 高機能自閉症児で誤った信念課題の誤答者8名の、誤った信念課題2試行と理由付け2試行の反応は以下の通りであった。誤った信念課題2試行とも誤答し理由付けも共にC, D, Eの者が3名、残りの5名はすべて誤った信念課題の第2試行だけ正答しており、そのうち理由付けが2試行ともC, D, Eの者が1名、1試行だけはA, Bであった者が2名、2試行ともA, Bだった者が2名であった。

題の正答と言語的理由付け(AまたはB)との連関をみられなくしたのであろう。一方、高機能自閉症児は水準1がなく、誤った信念に誤答し理由付けもできない(C, D, E)か、正答してかつ理由付けもAまたはBのできるものの2群にわかれる傾向があるからこそ、ここでいう連関がみられたと考えられる。

このことは、高機能自閉症児が獲得する「心の理論」が、そのプロセスと内容において、健常児と質的に異なるものとなっていることを示している。「心の理論」を形成するプロセスについては、以下のことが考えられる。健常児の場合は、言語的理由付けはできないが行動レベルでは「心の理論」をふまえた行動がとれるようになることを発達の前提にして、その後、言語的理由付けをともなう「心の理論」が形成される。それに対し、高機能自閉症児は、言語的理由付けはまだできないが行動レベルでは「心の理論」をふまえた行動がとれるレベル自身が存在しない。その発達の前提を欠いたまま、行動レベルのみならず言語的理由付けも可能である「心の理論」のレベルに移行する。これは、健常児の「心の理論」をふまえた行動が、当初は言語的理由付けなどの言語能力を前提としたものではないのに対し、高機能自閉症児においては、「心の理論」をふまえた行動をとるためには、言語的理由付けを可能にする言語能力が必要条件となっていることを示唆している。

このことは、次の検討課題を提示する。それは、なぜ健常児は、言語的理由付けができなくても「心の理論」をふまえた行動を行うことは可能なのかということである。例えば健常児の場合、からかい(teasing)やだまし(deception)という相手の心の内容を意図的に変える行動が、「誤った信念」課題に通常正答できる4歳半よりはるか以前の2歳後半で、日常生活では可能であることが指摘されている(例えば、Newton, Reddy, & Bull, 2000)。これに対する一つの解釈は、「心の理論」がたんなる認知的な問題ではなく、情動や感情と深く関わった問題であるということである。遠藤(2004)はDamasio(1999)の論を紹介しながら、人間は通常、生活上の重要な意味を、そのときどきの特異な感情経験の中で、内臓の奇妙な感じとか顔のほてりといった独特な身体感覚という形で記憶の中に強く植え付けることを指摘している。そして、再び類似の事象に遭遇した際には、その身体感覚の導きに従って、瞬時に適応的な判断およびふるまいが可能になるという。本来「心の理論」を必要とすると考えられる、からかいやだましなども、このような感情経験として当初、子どもには経験されると予想される。だましでいえば、だまされた過去の感情経験による身体感覚の記憶が、それと類似した、だまされそうになる場面で、そのだましを回避する行動を可能にするとも考えられる。このとき子どもは、「なぜそのような行動

するか」言語的には説明できないがしかし、第三者からみると他者の「心の理論」をふまえた行動をとっている。このことは翻って高機能自閉症児について考えた場合、彼・彼女らは、情動や感情による直感的な「心の理論」の困難さを抱え続けるからこそ、言語的命題の積み重ねによる言語的類推で補償することによって初めて「心の理論」を形成するという可能性が推察されるのである。そうであるからこそ、例えば社会的ルールを自閉症児が理解しやすい言語的命題にして伝える、ソーシャルストーリー(例えば、Gray, 2002/2005)などが高機能自閉症児の社会的スキル獲得に有効なのであろう。しかし遠藤(2004)が指摘するように、人間の発達においては、言語的コミュニケーションが可能になった時期でも、情動や感情は、言語の語用論的理解を助け、言葉の背景にある、あるいは言葉の意味とは乖離して存在する他者の心を理解する上で多大な役割を果たしている可能性が存在する。そのように考えると、高機能自閉症児が情動や感情による直感的な他者の心の理解が困難であるならば、言語的命題の積み重ねのみによっては、日常生活で他者の心の理解を代償しきれないことも予想される。それが、臨床研究で指摘される、高機能自閉症児が「心の理論」を獲得しても、他者の心の読み間違いなどを生じさせる原因と考えられる。このことは、近年脚光をあびている、自閉症の原因を扁桃体や辺縁系などの情動と深く関わる領域の障害に求める立場(例えば、Baron-Cohen, Ring, Bullmore, Wheelwright, Ashwin, & Williams, 2000)とも通底する問題を含んでいる。今後こういった側面から、この他者の心の理解を検討することが必要になると考えられる。

## 文 献

- Abell, F., Happé, F., & Frith, U. (2000). Do triangle play tricks? Attribution of mental states to animated shapes in normal and abnormal development. *Cognitive Development*, 15, 1-20.
- Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness: An essay on autism and theory of mind*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition*, 21, 37-46.
- Baron-Cohen, S., Ring, H., Bullmore, E., Wheelwright, S., Ashwin, C., & Williams, S. (2000). The amygdala theory of autism. *Neuroscience Behavior Review*, 24, 355-364.
- Bowler, D.M. (1992). 'Theory of mind' in Asperger's syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 877-893.
- Castelli, F., Frith, C.D., Happé, F., & Frith, U. (2002). Autism, Asperger syndrome and brain mechanisms for